

Enklere meldeverktøy og bedre tilbakemeldingsrutiner er nødvendig for å få leger til å melde fra om uheldige hendelser

Meldesystemer – en utnyttet ressurs

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres tre artikler som på ulikt vis belyser systemsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Bente Kristin Johansen og medarbeidere har gjennomgått 47 tilsynssaker innen svangerskapsomsorg og fødselshjelp der det var avdekket «uheldige hendelser» (1). I to tredeler av sakene kunne årsaken til de uheldige hendelsene spores tilbake til svikt i organiseringen av virksomheten og uklare ansvarsforhold, sjeldnere var det forhold som enkeltpersoner hadde kontroll over. De foreslår en modell for uheldige hendelser med fire hovedårsakskategorier: svikt i kommunikasjon og samarbeid, uklare ansvarsforhold, kompetansesvikt og til sist svikt i organisering av virksomheten. De mener at denne modellen kan benyttes som supplerende verktøy i fødeinstitusjonenes interne forbedringsarbeid.

Espen Olsen har i en spørreundersøkelse ved Stavanger universitetssjukehus kartlagt helsepersonellens syn på pasientsikkerhet og sikkerhetskultur (2). Han avdekket store variasjoner mellom yrkesgruppene når det gjaldt rapportering av feil og uønskede hendelser, noe som kan reflektere reelle variasjoner i hvordan man tolker hendelser og forskjellig rapporteringskultur. Han diskuterer premisene som må være til stede for at ansatte skal kunne lære av uønskede hendelser, et av dem er brukervennlige rapporteringssystemer. Arild Faxvaag gjennomgår begreper som feil, uønskede hendelser og regelbrudd, og knytter disse opp mot sikkerhet i elektroniske pasientjournaler (3). Han påpeker at brukernes glede og nytte av elektroniske informasjonssystemer er viktig for brukskvaliteten.

Som leger i sykehus møter vi nå helt andre krav enn for få år siden til å tenke systembasert, ikke bare pasientorientert. Man kan irritere seg over mange og økende krav til rapportering, ofte innebærer det tidkrevende og tungvinte rutiner. Samtidig erkjenner fornuften at disse rapporteringssystemene er essensielle verktøy for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Dessuten har ansatte i sykehus plikt til å melde alle typer uheldige hendelser samt nestenuhell. Sykehusenes kvalitetsråd behandler de mest alvorlige hendelsene, også dem som kunne ført til betydelig personskafe. I *Nasjonal helseplan 2007–10* vektlegges kvalitetsforbedrende arbeid og større åpenhet om feil og utilsiktede hendelser i helsetjenesten, «slik at hendelsene kan benyttes til læring og forebygging» (4). Hva er det som gjør at mange leger er svært lite begeistret for slike rapporteringstiltak, selv om hensikten er å bedre rutinene og dermed tilbudet til pasientene? Mange erfarer at rapporteringssystemene ikke er godt nok tilpasset den daglige driften, de oppleves som tungvinte og tidkrevende og som at de stjeler verdifull tid fra det leger «egentlig» bør drive med i klinisk virksomhet, nemlig pasientrettet arbeid. I tillegg føler mange at meldesystemet ikke angår dem, fordi de sjelden eller aldri får tilbakemelding på meldinger som ikke omfatter dem selv – og knapt nok da.

Det må være et klart ledelsesansvar på alle ledernivåer i helseforetakene å få de ansatte til å bidra til bedre rapporterings- og forbedringskultur. Sannsynligvis er det oftere de alvorlige hendelsene, ikke nestenuhellene, som meldes, men læringspotensialet er like stort ved begge typer hendelser. Hver enkelt fagperson må oppleve en nytte av meldingen for at en meldekultur skal kunne etableres. I tillegg må melderutinene være så enkle at de i seg selv ikke utgjør noe hinder for rapportering og dermed kvalitetsforbedring. Mange helseforetak har innført elektroniske meldesystemer som skal

være raske å bruke både for «melderen» og for den lederen som behandler meldingen. For å få et reelt nasjonalt sammenlikningsgrunnlag ville det vært en fordel om alle helseforetak valgte samme elektroniske løsning. Ny elektronisk meldemulighet vil imidlertid ikke løse utfordringen med *hvilke* avvik og hendelser som skal meldes og læres av – diskusjon nasjonalt og samarbeid innen hvert fagområde er nødvendig for å få sammenliknbare rapporteringssystemer og bedre samlet læringseffekt. De strukturelle organiseringsgrepene som må gjøres for å etablere en slik lærings- og forbedringskultur i helseforetakene ligger på ledelsesnivå. I praksis betyr det at kravet til og ønsket om en effektiv meldekultur må gjennomsyre hele sykehusorganisasjonen. Det hjelper lite at de øverste lederne kjenner til krav og systemer for rapporteringsrutiner hvis ikke alle ansatte er opplært i eller kjenner til de praktiske rutiner, inkludert *hva* som skal meldes, *hvordan* hendelser skal meldes og hva slags *tilbakemeldingstiltak* som kommer. I tillegg er det sannsynligvis mangelfull kunnskap om hvilke mulige konsekvenser, inkludert straffetiltak, som kan følge etter melding om uheldige hendelser. De praktiske hindringene for å melde burde være enkle å løse ved lett tilgang til enkle elektroniske meldeskjemaer. Den viktigste pedagogiske utfordringen for ledere blir antakelig å få forståelse hos legene og andre helsearbeidere for at en vidstrakt meldekultur gagnar egen fagkunnskap, og dermed pasientbehandlingen, ved at alle deler erfaringer.

Det ligger fremdeles et stort ubrukt potensial i meldesystemene. De færreste leger opplever noen systematisk gjennomgang av og tilbakemelding på innrapporterte hendelser. For at læringseffekten skal utnyttes, må det settes søkelys på tilbakemeldingsrutinene til hele avdelingen eller helseforetaket, ikke bare til den enkelte fagperson. Det er som kjent mindre smertefullt å lære av uønskede hendelser og nestenhendelser som rammer andre enn av sine egne. Systematisk og regelmessig tilbakemelding fra avdelingsleder på hvilke type hendelser som er behandlet, med forslag til eventuell systemforbedring, vil virke motiverende for meldekulturen. Dersom de ansatte får erfare at rapporteringen er noe de selv har nytte av, vil trolig mange flere rapportere om både uheldige hendelser og nestenuhell. Kort sagt: Vi trenger enklere meldeverktøy og bedre tilbakemeldingsrutiner. Da kan vi lære av hverandre og bidra til bedre pasientbehandling og bedre helsetjenester!

Annetine Staff

annetine.staff@ulleval.no

Kvinneklinikken

Ullevål universitetssykehus

0407 Oslo

Annetine Staff (f. 1962) er overlege, førsteamanuensis og forskningsrådgiver ved Kvinneklinikken, Ullevål universitetssykehus. Hun er medlem av den nasjonale komité for medisinsk forskningsetikk.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Johansen BK, Braut B, Schou P. Uheldige hendelser på fødeavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2670–2.
- Olsen E. Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2656–60.
- Faxvaag A. Er sikkerheten ved elektroniske journalsystemer god nok? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2700–1.
- Nasjonal helseplan (2007–2010). www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Nasjonal_helseplan_Sartrykk%5B1%5D.pdf (1.10.2007).